

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN (Continuación)

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación: _____
Nombre del caso : _____
Número : _____

INGRESOS DE LA FAMILIA

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de _____

1. Total de ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia \$ _____
 2. Gastos del trabajo por cuenta propia:
 - a. Estándar del 40% - _____
 -
 - b. Gastos verdaderos - _____
 3. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia = _____
 4. Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/
discapacidad (DBI) (unidad de asistencia + personas que
no son miembros de la unidad de asistencia) \$ _____
 5. Deducción de \$225 por DBI (si el #4 es más de \$225) .. - _____
 6. Ingresos no ganados basados en incapacidad/
discapacidad que no están exentos = _____
 -
 7. Deducción de DBI que no se usó (hasta \$112) = _____
 8. Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta
propia (de la parte de arriba) + _____
 9. Total de otros ingresos ganados + _____
 10. Cantidad que no se usó de \$225 (del #7) ó \$112
(la cantidad que sea menor) - _____
 11. Subtotal = _____
 12. Deducción del 50% por ingresos ganados - _____
 13. Subtotal = _____
 14. Ingresos no ganados basados en incapacidad/
discapacidad que no están exentos (del #6) + _____
 15. Subtotal = _____
 16. Otros ingresos no exentos
(unidad de asistencia + personas que no son miembros
de la unidad de asistencia) + _____
- Ingresos netos contables** = _____

Sección B. Su asistencia monetaria - Mes de _____

1. Asistencia máxima para _____ personas
(unidad de asistencia + personas que no son miembros
de la unidad de asistencia) \$ _____
2. Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas
que no son miembros de la unidad de asistencia) + _____
3. Ingresos netos contables de la Sección A (arriba) - _____
4. Subtotal =
5. Asistencia máxima para _____ personas (unidad
de asistencia solamente) (excluyendo a las personas
sancionadas o sujetas a la regla sobre el MFG*) \$ _____
6. Necesidades especiales (unidad de asistencia
solamente) + _____
7. Subtotal de asistencia máxima =
8. **Subtotal de asistencia del mes completo**
(La cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor) = _____
9. Línea 8 prorrateada para parte del mes = _____
10. Ajustes: Sanciones del 25% por mantenimiento de hijos .. - _____
 - Otras sanciones - _____
 - Pago excesivo - _____
 - Bonificación escolar (\$100 ó \$500) + _____
11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria**
(Línea 8 ó 9 después de los ajustes) \$ _____

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) 44-100, 44-314, 44-315; Iniciativa de ley del Senado (SB) 72 (Capítulo 8, Estatutos del 2011).

*MFG – pago máximo que una familia puede recibir